

ใบสมัคร

โครงการประชุมเชิงปฏิบัติการในหัวข้อ CBT for Eating Disorders

ระหว่างวันที่ 31 กรกฎาคม – 1 สิงหาคม 2560

เวลา 08.30-16.30 น. ณ ห้องคีรีบุน ชั้น 1 โรงแรมโพรวินส์ สุขุมวิท 26

ข้อมูลผู้สมัคร

ชื่อ-สกุล (นาย,นาง,นางสาว).....ตำแหน่ง.....
ที่อยู่หน่วยงาน.....
รหัสไปรษณีย์.....เบอร์โทรศัพท์.....โทรสาร.....
มือถือ..... E-mail :

รายละเอียดในการออกใบเสร็จ กรุณาพิมพ์หรือเขียนตัวบรรจง ให้ครบถ้วน เพื่อความถูกต้องในการออกใบเสร็จ

ในนามชื่อบุคคล.....
ในนามหน่วยงาน.....เลขที่ผู้เสียภาษี.....
ที่อยู่.....
.....

การชำระค่าลงทะเบียนอบรม

โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงเทพ สาขาสยามสแควร์
ชื่อบัญชี ศูนย์บริการวิชาการแห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เลขที่บัญชี 152-459566-5
และส่งสำเนาใบโอนเงินค่าลงทะเบียน พร้อมรายละเอียดในการออกใบเสร็จกลับมายัง
chanhathai.k@gmail.com โทรสาร 0 2218 2895

กรุณาโอนเงินค่าลงทะเบียนไม่เกินวันที่ 7 กรกฎาคม 2560

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติมที่ 0 2218 2880 ต่อ 421-424 มือถือ 084 402 6004 ฉันทน์หทัย กัตัญญ
หมายเหตุ ศูนย์บริการวิชาการฯ ขอสงวนสิทธิ์ไม่คืนเงินค่าลงทะเบียน กรณีท่านไม่เข้ารับการอบรมตามที่สมัครไว้

ลงชื่อ ผู้สมัคร

(.....)

...../...../.....